UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954

N° 258

Avenir Médico-Social des Phtisiques

traités depuis 1948 par pneumothorax et antibiotiques

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 Décembre 1954

PAR

François, Marie, Hubert GESTAT

Elève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Né le 31 Août 1924 à SULLY-sur-LOIRE (Loiret)

Examinateurs de la Thèse

MM PIÉCHAUD, Professeur..... Président

DUBARRY, Professeur ..... } Juges

LAUMONIER, agrégé..... } Juges

MORETTI, agrégé..... } Juges

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU NONTRONNAIS

6, rue Sainte-Eugénie,

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543913_0068

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954

N° 258

Avenir Médico-Social des Phtisiques

traités depuis 1948 par pneumothorax et antibiotiques

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 Décembre 1954

PAR

François, Marie, Hubert GESTAT

Elève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Né le 31 Août 1924 à SULLY-sur-LOIRE (Loiret)

Examinateurs de la Thèse

MM. PIÉCHAUD, Professeur..... ..... Président

DUBARRY, Professeur..... } Juges

LAUMONIER, agrégé..... } Juges

MORETTI, agrégé..... } Juges

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU NONTRONNAIS

6, rue Sainte-Eugénie,

1954

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE

DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique) — M. PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE

	MM.
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
	QUILICHINI
Pharmacie (3e section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	LENG-LEVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-Stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. R. STOLL (Histologie)

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE
Chimie biologique analytique	BABIN
Chimie analytique	
Pathologie chirurgicale	VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR EUGENE GESTAT

Chevalier de la Légion d'honneur,

À MON PERE

Le Docteur Rene GESTAT

Chevalier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre,

Médaille de la Résistance,

ET A MA MERE

En témoignage de mon immense affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

En témoignage de profonde tendresse.

A MON FILS

A MES SŒURS, A MES FRERES

AUX MIENS ET A MES AMIS

À Monsieur le Medecin General de 2e classe GALIACY

Directeur Adjoint des Services de Santé des Armées,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Croix de Guerre,

Médaille de la Résistance,

Officier d'Académie,

A Monsieur le Médecin Général de 1re classe TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé

de la Marine et des Troupes Coloniales

Spécialiste des Hôpitaux Maritimes

Commandeur de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique

Officier du Mérite Maritime

A Monsieur le Medecin en Chef de 1re classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé

de la Marine et de la France d'Outre-Mer,

Spécialiste des Hôpitaux Maritimes,

Croix de Guerre 1939-1945,

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FREOUR

Qui m'a suggéré le sujet de ce travail. En hommage de respectueuse gratitude pour sa constante bienveillance à mon égard et les conseils précieux qu'il n'a cessé de me prodiguer.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE NAVALE
DE ROCHEFORT-s.-MER ET DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A NOS MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Medecin-Chef AUDOYE

Directeur du Sanatorium des Neiges à Briançon,

et a Monsieur le Medecin-Principal LACAZE

En témoignage de profonde reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur J.-J. DUBARRY

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et Climatologie,

Membre titulaire de la Société de Gastro-Entérologie,

Médecin des Hôpitaux,

Officier d'Académie,

Monsieur le Docteur LAUMONIER

Agrégé de Chirurgie générale,

Chirurgien des Hôpitaux,

Officier d'Académie,

Monsieur le Docteur MORETTI

Agrégé de Médecine Générale,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose,

Médecin des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur,

Chevalier de l'Ordre de la Santé publique,

Croix de Guerre,

Médaille des Epidémies,

Officier de l'Instruction publique,

Fellow in the American College of the Chest Physicians

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

Avenir Médico-Social des Phtisiques

traités depuis 1948 par pneumothorax et antibiotiques

INTRODUCTION

Nous connaissons les résultats du pneumothorax médical depuis de longues années, notamment par les travaux de Dumarest, de Rist et Véran. Plus récemment par les statistiques de P. Laval (1) en France, de Mitchell (2) aux Etats-Unis et de Henry (3) en Belgique.

Nous connaissons aussi les résultats médicaux du pneumothorax associé aux antibiotiques par les études d'Et. Bernard (4), Ch. Mattéi (5), Dufourt et Ollagnier (6) en France, de Birath (7) en Suède et de Tumminello et Rossini (8) en Italie.

Par contre, on connaît mal les incidences familiales professionnelles et sociales de ce traitement mixte.

C'est pourquoi il nous a paru utile d'étudier l'avenir médico-social des phtisiques traités par pneumothorax depuis l'utilisation des antibiotiques en 1948.

Dans notre esprit, l'intérêt de cette enquête serait de contribuer éventuellement à une vaste étude sur les traitements actuels de la tuberculose pulmonaire. Cette étude aurait pour but, en comparant les statistiques médicales et chirurgicales, de tenter de dégager les indications respectives des différentes modalités thérapeutiques.

Notre travail porte sur les malades hospitalisés au Centre départemental de Phtisiologie Xavier-Arnozan, pour lesquels

un pneumothorax a été créé entre les années 1948 et 1953. Un recul minimum de une année d'observation a été respecté.

Parmi les 338 malades dont les dossiers nous intéressaient, 238 ont répondu à notre questionnaire où sont entrés directement en relation avec nous entre février et mai 1954.

Nous tenons à remercier ici les médecins des hôpitaux, les médecins des dispensaires antituberculeux et les assistantes sociales pour l'aide efficace qu'ils nous ont prodiguée.

Ces 238 *malades* ont reçu des antibiotiques à des dates variables par rapport à la création de leur pneumothorax. C'est pourquoi nous avons pensé les classer en *deux catégories :*

La première comprend 177 malades dont le pneumothorax a été créé après et pendant un traitement antibiotique.

La seconde comprend 61 malades dont le pneumothorax a été créé sans association avec les antibiotiques. Quelques-uns ont cependant bénéficié de l'antibiothérapie pour des complications telles que les cavernes inertes, les cavernes ballonisées et les pleurésies.

Nous exposerons tout d'abord les résultats médicaux de ces deux catégories de malades, nous comparerons les résultats d'ensemble avec ceux des quelques statistiques déjà publiées.

Dans une deuxième partie nous étudierons l'avenir social, familial et professionnel des malades et envisagerons successivement la reprise de leur travail, de leur vie normale et la situation particulière des ménagères et des mères de famille.

Avant d'entreprendre cette étude, nous tenons à exprimer nos remerciements à notre Maître, M. le Docteur Freour, pour la bienveillance et l'appui qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Que notre désir de lui témoigner notre reconnaissance estompe à ses yeux les faiblesses de cet exposé.

PREMIERE PARTIE

ETUDE MEDICALE

I. — Résultats médicaux des pneumothorax créés sous couverture d'antibiotiques.

177, soit les trois quarts des malades porteurs d'un pneumothorax ont subi un traitement antibiotique préalable.

La durée de ce traitement a varié de quelques jours à quelques semaines. La répartition des hommes et des femmes est respectivement de 64 et de 113.

27 malades ont eu un pneumothorax bilatéral, mais 9 seulement ont été créés sous couverture d'antibiotiques. C'est dire que nous étudions au total 186 *pneumothorax*.

1° *L'âge* des malades à la création du pneumothorax est de 26 ans en moyenne;

2° *Le recul d'observation* est en moyenne de 3 *ans et* 8 *mois;*

3° 165 *pneumothorax*, *soit* 89 %, ont été *créés sous couverture de STREPTOMYCINE*. La dose quotidienne injectée va-

riait entre 1 et 2 grammes, et la quantité de streptomycine injectée en moyenne par malade a été de 95 *grammes*. Le maximum a été de 360 g et le minimum de 10 g.

La recherche de la quantité moyenne de streptomycine injectée par malade, en fonction des années (tableau I) montre qu'elle est passée par un maximum de 140 g en 1949 pour décroître et se stabiliser en 1951 aux environs de 50 g.

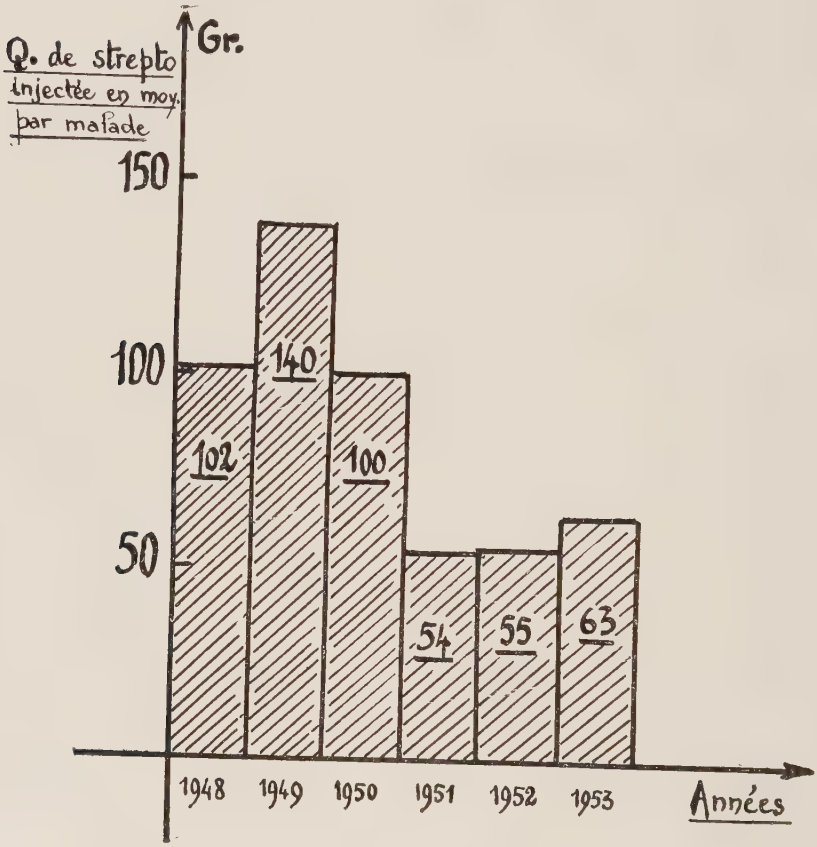


Tableau I.

La diminution de la quantité de streptomycine utilisée est due à l'analyse des résultats obtenus par les diverses techniques.

Cette analyse montrait en effet, en 1950, qu'un dose quotidienne de 1 gramme avait une efficacité comparable à celle de 2 grammes employée plus tôt et avait l'avantage de faire reculer la streptomycinorésistance.

Quant aux 21 malades qui n'ont pas reçu de la streptomycine seule :

— 12 ont bénéficié de P.A.S. (600 g en moyenne), associé à la streptomycine (57 g);

— 7 ont reçu du P.A.S. seul (790 g.);

— 1 du P.A.S. associé à l'isoniazide, et 1 de l'isoniazide seul.

4° 134, *soit* 72 % *des pneumothorax, ont nécessité une section de brides;*

5° 63, *soit* 34 % *des pneumothorax ont été abandonnés après une période d'entretien de trois années en moyenne.* 3 pneumothorax ont été abandonnés moins d'une année après leur création à cause des complications pleurales.

Nous avons éliminé de notre étude les pneumothorax partiels et controélectifs, au-dessus des ressources de la pleurolyse, qui ont été abandonnés dans les semaines qui suivirent leur création. Aucun d'entre eux, d'ailleurs, n'a présenté de complications.

Etudions maintenant le devenir médical de ces malades.

Nous les avons classés pour cela en résultats favorables, en résultats incomplets, et nous avons recherché les rechutes, les évolutions du côté opposé, les complications du pneumothorax et leurs conséquences.

1° *Résultats favorables d'emblée :* 149, soit 84 %.

Nous avons classé dans cette rubrique tous les malades :

a) Qui ont retrouvé un état général et fonctionnel normal;

b) Qui présentent des bacilloscopies et des inoculations au cobaye négatives depuis une année minimum;

c) Qui présentent, après une régression, une stabilisation de leurs images radiologiques.

2° *Résultats incomplets :* 3, soit 1,6 %.

Il s'agit ici de sujets qui ont guéri de leur tuberculose pulmonaire, mais au prix de pachypleurites importantes entraînant de la dyspnée.

3° *Rechutes :* on note seulement le cas d'un malade qui a présenté une évolution radiologique dans le moignon de son poumon collabé. Celle-ci a été rapidement jugulée par les antibiotiques, et le sujet est actuellement stabilisé.

Il n'y a eu aucune rechute par ailleurs, en particulier parmi les 63 *malades dont le pneumothorax a été abandonné.*

4° *Evolutions du côté opposé :* 12, soit 6,4 %.

Ces malades ont présenté, après la création de leur pneumothorax, une évolution radio-clinique du poumon opposé. La moitié d'entre eux ont retrouvé le chemin de la guérison grâce aux antibiotiques ou à la collapsothérapie;

5° *complications d'ordre pleural :* 12, soit 6,4 %.

12 pneumothorax ont été compliqués d'un épanchement liquidien fébrile. Il s'agissait de 10 *hydropneumothorax* et de 2 *pyopneumothorax.*

Tous les hydropneumothorax sont actuellement guéris sans avoir entraîné de séquelles pleurales notables.

Les deux pyopneumothorax ont guéri également grâce à des lavages pleuraux et des antibiotiques. L'un d'eux a nécessité une année de traitement intensif et n'a guéri qu'au prix d'une pachypleurite importante.

Le *délai d'apparition des complications pleurales* a été en moyenne de 11 *mois*. Il est très supérieur à celui des statistiques antérieures aux antibiotiques, en particulier celle de Douady et Cohen (9) qui donnait le chiffre de trois mois. Ce retard constaté dans l'apparition des pleurésies est lié sans aucun doute à l'heureuse influence de la streptomycine notamment à son action protectrice sur la plèvre.

Complications secondaires aux sections de brides pleurales :

Parmi les 134 pneumothorax complétés par une section d'adhérences, 3, soit 2,2 % ont été compliqués d'un épanchement fébrile.

C'est dire la bénignité des sections de brides depuis l'avènement des antibiotiques, déjà constatée en 1952 par Et. Bernard (11).

La régression des complications pleurales a été due non seulement à l'efficacité de la streptomycine, mais aussi à une meilleure connaissance des limites des sections de brides et aux progrès des techniques opératoires. Dans ce même sanatorium, le docteur P. Fréour (12) a notamment étudié les résultats et la place actuelle de la libération des adhérences pneumothorax, et tout dernièrement encore M. Bru (17), de Cambo, exposait ses résultats opératoires de 261 sections de brides pratiquées entre 1949 et 1954.

Ces statistiques, réunies dans le tableau 1 *bis*, s'accordent

pour constater, depuis la streptomycine, la rareté des épanchements pleuraux.

Tableau 1 *bis*.

	Bernard Etienne 11	FREOUR P. (12)	BRU (17)	Statistique personnelle Toutes pratiquées sous couverture de streptomycine
Nombre de sections de brides	450	129	261	134
Pleurésies sérofibrineuses fébriles	»	4 %	1,9 %	1,5 %
Pleurésies purulentes	»	1,6 %	2,6 %	1,4 %
TOTAL des complic. pleurales	1 7 %	5,6 %	4,5 %	2,9 %

6° *Accident du pneumothorax :* le plus tragique accident de la méthode s'est manifesté chez une de nos malades. Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, qui est décédée, quelques minutes après sa deuxième insuflation, d'épilepsie pleurale. Cet accident, bien que rarissime (1 sur 30.000 insufflations environ) mérite cependant d'être signalé au passif du pneumothorax.

Remarque : 5 de nos malades ont présenté, lors des examens systématiques dans les années qui ont suivi la création de leur pneumothorax, des bacilloscopie positives. Ces bacilloscopie éphémères n'ont jamais été accompagnées de manifestations cliniques ou radiologiques notables. Il semble s'agir ici, soit d'erreurs de laboratoires, soit plutôt d'émissions bacillifères fugaces, liées peut-être à un remaniement microscopique des lésions. Dans tous les cas, en effet, l'évolution s'est poursuivie favorablement.

II. — Résultats médicaux des pneumothorax créés sans association avec les antibiotiques.

61 dossiers de malades entrent dans cette catégorie.

La répartition des hommes et des femmes est respectivement de 34 et de 27.

6 malades ont présenté un pneumothorax bilatéral. C'est dire que nous étudions au total 67 *pneumothorax*.

1° *L'âge* des malades à la création est de 26 *ans* en moyenne;

2° *Le recul d'observation* est en moyenne *de* 5 *ans et* 2 *mois;*

3° 26 % de ces malades ont bénéficié d'un traitement antibiotique tardif, dans le but d'accélérer le processus de résolution des lésions ou de favoriser la guérison des complications;

4° Nous avons recherché le nombre de pneumothorax créés en fonction des années, avec ou sans l'utilisation des antibiotiques. Les résultats consignés dans le tableau II nous indique la rapidité avec laquelle la pratique du pneumothorax a été abandonnée.

5° 47 pneumothorax (soit 73 %) ont été complétés par une section de brides;

6° 49 (soit 69 %) ont été abandonnés après une période d'entretien de 3 ans et demi en moyenne. 3 ont été abandonnés 2 mois après leur création pour soufflage de cavernes, et 2 l'ont été 4 mois après la création pour des complications pleurales.

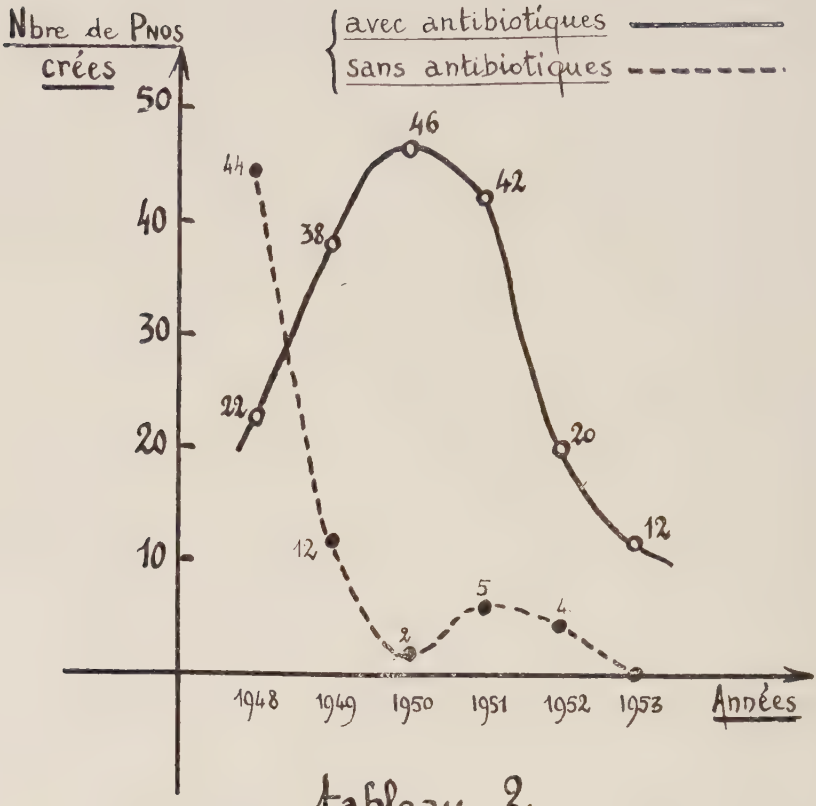


tableau 2

Avenir médical de ces malades :

Résultats favorables : 24, soit 40 %.

Résultats incomplets : 5, soit 8 %.

6° *Rechutes :* 2, soit 3,3 %;

— *Evolutions du côté opposé :* 14, soit 23 %;

— *Complications d'ordre pleural :* 13, soit 21 %, 7 hydropneumothorax et 6 pyopneumothorax.

Décès : 5 soit 8 %. Les malades décédés présentèrent une évolution du côté opposé au collapsus qui n'a pas répondu aux antibiotiques. Deux d'entre eux présentèrent en même temps une caverne soufflée sous pneumothorax et deux autres un pyopneumothorax.

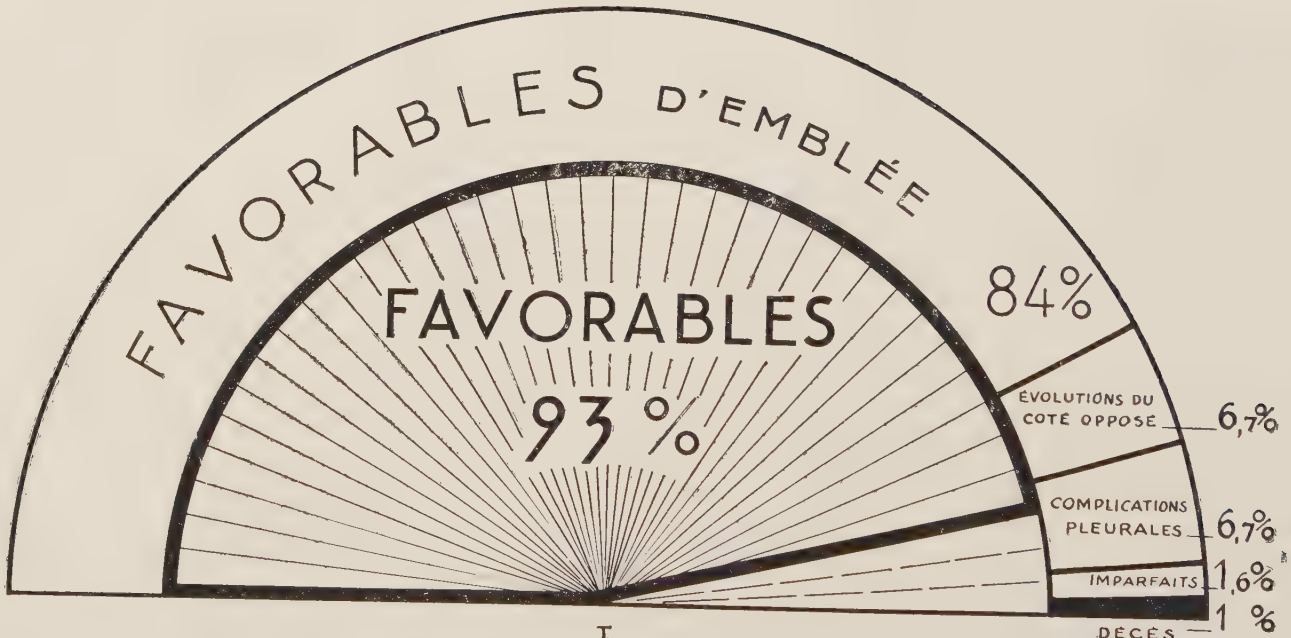
III. — **Résultats d'ensemble comparatifs.**

1° *Résultats d'ensemble proprement dits.* — Nous avons réunis dans le tableau synoptique III les résultats médicaux du pneumothorax associé ou non aux antibiotiques. Les résultats favorables d'emblée ont été distingués des résultats favorables définitifs. En effet, certains malades ayant présenté une évolution du côté opposé ou une complication du pneumothorax ont , à l'heure de notre étude, un état général et fonctionnel parfait et des images radiologiques stabilisées. Parmi les 177 malades du premier groupe par exemple, 165, soit 93 % peuvent être classés dans les *résultats favorables.*

2° *Complications pleurales.* — Nous avons réuni dans le tableau quelques pourcentages des complications pleurales post-pneumothoraciques retrouvés dans la littérature. Les complications pleurales envisagées ici constituent essentiellement les *pleurésies purulentes et sérofibrineuses fébril es.*

Ce tableau montre la régression importante des complications pleurales du pneumothorax médical, surtout depuis l'utilisation des antibiotiques. Dans les statistiques actuelles, l'action de la streptomycine constitue certainement le principal facteur de cette régression. L'efficacité de cet antibiotique a notamment été démontrée par Etienne Bernard (14) dans son étude intitulée : « Du pneumothorax précoce au pneumothorax différé », par Braillon (15) et par Mattéi (10) et leurs collaborateurs. Ce dernier, en particulier, concluait son étude sur la streptomycinothérapie associée au pneumothorax par cette

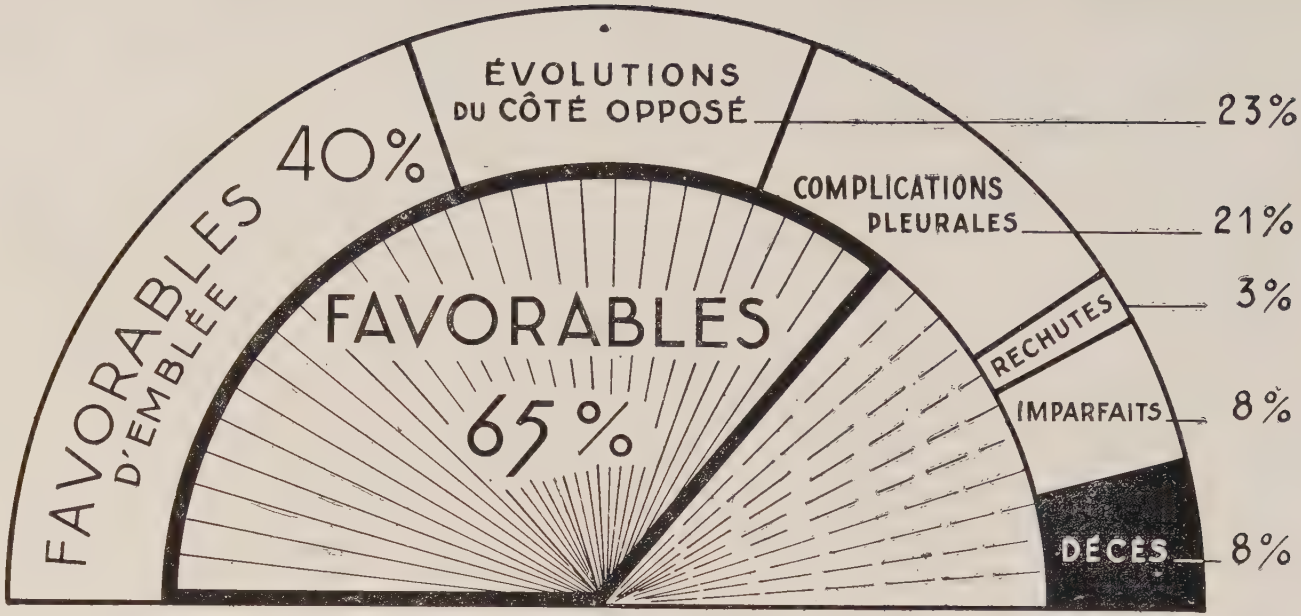
Tableau III.



I

Pneumothorax créés sous couverture d'antibiotiques

(177 malades)



II

Pneumothorax créés sans l'association avec les antibiotiques

(61 malades)

Tableau IV.

	Dumarest (13	Douady, Cohen 2	Tumminelli, Rossini (8)	Birath (7)	Dufourt, O'Magnier (6)	Mattéi (5)	Statistique personnelle
1920	73,38 %						
1930							
1933	.....	.....	30 %				
1949	.....	28 %					
1950			.....	.....	40 %		
1952	.....	.....					
1953			15,6 %	.....	.....	.....	21 %
Avec antibiotiques (1948-1953)			8,6 %	1,8 %	5 %	2 %	6,4 %

phrase : « La streptomycine, loin de favoriser les adhérences pleurales, en préserve la plèvre et la protège contre les incidents qui, avant elle, compliquaient les pneumothorax les mieux conduits. »

Indirectement, les antibiotiques ont favorisé l'amélioration des résultats du pneumothorax. Ils ont permis en effet de reconsidérer la question des indications du collapsus médical. Avant 1948, le pneumothorax constituait le seul traitement valable pour un grand nombre de phtisiques et il était raisonnable qu'on le tentât. A l'heure actuelle les antibiotiques et les récentes méthodes de chirurgie d'exérèse ont pris la relève des mauvaises indications du pneumothorax, sources de tant d'échecs et de complications.

Or, l'évolution a été telle, que la plupart des phtisiologues ont presque abandonné la pratique du collapsus médical. Leur crainte se fonde surtout sur la fréquence des complications pleurales et sur le déficit de la fonction respiratoire qui en résultait trop souvent. On peut se demander, en consultant la dernière ligne de notre tableau IV, si cette attitude est encore justifiée. Déjà, en 1952, Gösta Birath (7) posait cette même question. Pour y répondre, nous semble-t-il, il nous faut des statistiques de l'antibiothérapie longtemps prolongée et de la chirurgie d'exérèse. En ce qui concerne les exérèses nous manquons d'un recul suffisant. C'est pourquoi personnellement nous réservons notre opinion.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE SOCIALE

L'enquête sociale tenait une large place dans les questionnaires que nous avons fait parvenir à nos malades. Nous demandions notamment la profession avant la maladie, les dates de reprise de la vie normale et du travail, la profession après la maladie, les dates de naissance des enfants et leur état de santé. En effet, l'Orientation bordelaise, sous l'impulsion de son chef, Monsieur le Professeur PIÉCHAUD, nous incitait à l'étude des facteurs sociaux et humains de la thérapeutique par le pneumothorax.

Tout ce qui touche à la tuberculose et à son traitement a d'importantes répercussions économiques et sociales. C'est là une notion connue depuis de longues années, mais qu'il est prudent de remettre à l'honneur. Auss nous rallions-nous totalement à la pensée de BARD, rapportée en 1943 par DUMAREST (16) : « *Le rôle du médecin est de faire pour son malade ce qui est utile sans rien faire d'inutile; de ne jamais oublier que pour un malade traité trop longtemps ou trop méticuleusement on peut avoir des familles ruinées, des hommes et des femmes déclassés, des ménages désunis ou dissous.* »

Bref, la bonne thérapeutique de la phtisie devra non seulement amener une guérison solide avec le moindre sacrifice fonctionnel, mais réduire le plus possible l'immobilisation du malade.

Quels sont donc les résultats de notre enquête sociale ? :

I. — Reprise de la vie normale.

a) *Parmi les malades ayant été traités par pneumothorax sous couverture de streptomycine*, 93 % présentent à l'heure actuelle un résultat favorable et *mènent une vie normale*.

La reprise de leur vie normale s'est effectuée en moyenne 11 *mois après la création du pneumothorax*.

Pour le calcul de ce chiffre, nous avons été dans l'obligation d'éliminer : 13 pensionnés 100 %, pour lesquels la reprise d'une vie normale est retardée ou non avouée du fait de la législation. La reprise de la vie normale s'est effectuée en effet chez eux trois années en moyenne après la création du collapsus. 12 malades ayant présenté une évolution du côté opposé. Nous pensons que cette évolution a été indépendante du pneumothorax. Presque tous présentaient en effet des lésions bilatérales avant la création du pneumothorax.

b) *Parmi les malades dont le pneumothorax n'a pas été associé aux antibiotiques*, 65 % *mènent une vie normale*. Celle-ci a été reprise dix-sept mois et demi en moyenne après l'installation du collapsus.

Nous avons été obligés d'éliminer dans ce groupe : 5 pensionnés 100 % et 13 malades ayant présenté une évolution du côté opposé.

II. — **Reprise d'un travail rémunérateur.**

a) Sur les 177 malades de la première catégorie, 121 avaient un travail rémunérateur avant leur maladie.

— 90, soit 83,3 % *ont repris un travail.*

Le travail a été repris *en moyenne une année et demie* après la création du pneumothorax.

— 68 ont repris le même travail après dix-neuf mois de repos;

— 16 femmes se sont mariées et tiennent leur ménage après douze mois de repos. Dans tous les cas leur activité, bien que non rémunératrice, permet de les classer ainsi;

— 6 ont été dans l'obligation de changer de travail.

Parmi les autres malades : 13 étaient pensionnés 100 % et n'ont repris leur travail qu'après trois années de repos; 16 poursuivent la cure à domicile et 2 sont en rééducation.

b) Sur les 61 malades de la deuxième catégorie, 41 avaient un travail rémunérateur. 27, soit 75 % *ont repris le travail*, et en moyenne *deux années et demie* après la création du pneumothorax;

— 18 ont repris le même travail ;

— 6 femmes se sont mariées et tiennent leur ménage;

— 3 ont été obligés de changer de travail.

Parmi les autres malades, on relève : 5 pensionnés 100 %, 2 malades en rééducation et 6 autres dont l'état général est incompatible avec la reprise d'un travail rémunérateur.

III. — **Reprise de la vie normale chez les ménagères et les mères de famille.**

a) Dans la première catégorie, il y avait 9 ménagères et

25 mères de famille. *Toutes ont repris une activité normale dans leurs foyers*, en moyenne *six mois et demi après la création de leur pneumothorax.*

— 20 d'entre elles ont eu un enfant, et 2 deux enfants. Toutes les grossesses et les suites de couches ont été normales. Tous les enfants sont actuellement vivants et bien portants. Nous avons relevé seulement le décès d'un nourrisson de dix-huit jours dont nous ignorons la cause.

— 20 de ces femmes avaient leur pneumothorax entretenu à l'accouchement. 2 avaient leur collapsus abandonné huit mois et un an plus tôt.

Aucune de ces femmes n'a présenté de rechutes ni de complications après leur accouchement.

b) Dans la seconde catégorie il y avait une ménagère et 7 mères de famille. 6, soit 75 % *ont repris une activité normale*, et celle-ci 17 *mois en moyenne après la création de leur pneumothorax.*

11 ont eu des enfants :

— 8, un enfant;
— 2, deux enfants;
et une trois enfants.

Ces quinze grossesses, accouchements et suites de couches ont été normales; et les enfants sont tous en parfaite santé.

7 malades présentaient leur pneumothorax au moment de l'accouchement, les 4 autres avaient leur collapsus abandonné.

Aucune de ces femmes n'a présenté de rechutes ni de complications après leur accouchement.

Nous avons mis en parallèle dans le tableau 5 les principaux chiffres énumérés plus haut ;

Tableau V.

	Pneumothorax sous couverture d'antibiotiques	Pneumothorax sans antibiotiques (ou antibiotiques tardifs)
Nombre et pourcentage de malades ayant repris une **vie normale**..	163 soit **93** %	39 soit **65** %
X mois après la création du pneumothorax	11 mois	17 mois 1/2
Nombre et pourcentage de malades ayant repris un **travail rémunérateur**	90 soit **83** %	27 soit **75** %
X mois après la création du pneumothorax	18 mois	30 mois
Nombre et pourcentage des **ménagères et mères de famille** ayant repris une vie normale	34 soit **100** %	8 soit **75** %
X mois après la création du pneumothorax	6 mois 1/2	17 mois

CONCLUSIONS

Pour juger de l'efficacité d'une thérapeutique en phtisiologie, trois facteurs sont à considérer : la solidité de la guérison, le maintien d'une bonne fonction respiratoire et la durée du repos imposé au malade.

En ce qui concerne le pneumothorax médical, notre enquête permet de conclure que son association avec les antibiotiques donne les résultats les meilleurs.

1° *Solidité de la guérison :*

93 % des malades présentent l'aspect du tuberculeux guéri. Le recul moyen étant de trois ans et huit mois.

2° *Facteur fonctionnel :*

1,6 % des pneumothorax ont été compliqués d'épanchements pleuraux fébriles dont les séquelles ont engendré une perte notable de la fonction respiratoire.

3° *Facteur temps :*

Les malades ont repris leur vie normale en moyenne onze mois après la création du pneumothorax. Le repos n'a été que de six mois et demi chez les ménagères et les mères de famille soucieuses de reprendre rapidement leur place à leur foyer. Aucune d'entre elles n'a présenté de rechutes ou de complications, en particulier après leur accouchement.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Pour le Doyen.*
L'Assesseur,
R. SIGALAS

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
PIÉCHAUD

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur,
Bordeaux, le 2 Décembre 1954

BIBLIOGRAPHIE

4. Bernard (E.), Lotte (A.) et Renaud. — Sur l'association de la streptomycine et du pneumothorax thérapeutique. *Sem. Hôp. Paris*, 1949, *49*, 2.104.

11. Bernard (E.), Herrenschmidt et Weil (Jacques). — La régression des complications secondaires aux sections de brides pleurales. *Revue de la Tuberculose*, 1952, *16*, 297-302.

14. Bernard (Et.). — Du pneumothorax précoce au pneumothorax différé. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1951, *135*, 611-615.
féré. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1951, *135*, 611-615.

7. Birath (G.) (Uttran, Suède). — Prophylaxie et thérapie conservatrice de la fonction respiratoire au cours des épanchements pleuraux en particulier ceux du pneumothorax artificiel. *Revue de la Tuberculose*, 1952, *16*, 449-465.

15. Braillon. — Le traitement des cavernes tuberculeuses par la collapsothérapie et les antibiotiques. *Revue de la Tuberculose*, 1952, p. 1.052.

17. Bru (M.). — *Bulletin Médical de Cambo*, n° 63, 3e trimestre 1954.

9. Douady, Cohen (R.), David, Neel et Pasquier (P.). — Conditions d'apparition et avenir des 732 épanchements sérofibrineux du pneumothorax observés chez les malades du Sanatorium Saint-Hilaire du Touvet, de 1933 à 1949. *Revue de la Tuberculose*, 1950, p. 1.217.

6. Dufourt (A.) et Ollagnier (Ch.). — Les pleurésies du pneumothorax thérapeutique. *Journal de Médecine de Lyon*, 1951, 767, 1.165.

13. Dumarest. — La pratique du pneumothorax thérapeutique. (Masson et Cie), 1945, p. 132.

16. Dumarest (F.). — Où limiter les indications du pneumothorax ? *Revue de la Tuberculose*, 1943, *8*, 1-3.

12. Freour (P.). — Note sur les résultats et la place actuelle de la libération des adhérences pleurales du pneumothorax. *Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1953, 20 mai, 1.670.

3. Henry. — Résultats éloignés des pneumothorax créés au Sanatorium Rose de la Reine à Buysingen (adultes). *Revue Belge de la Tuberculose*, 1947, *3*, 230-233.

1. Laval (P.). — Résultats éloignés du pneumothorax artificiel. *Revue de la tuberculose*, 1952, *16*, 118-121.

5. Mattei (Ch.), Tristani, Balozet et Mattei (C.). — Streptomycine et pneumothorax associés dans le traitement précoce de la tuberculose fibro-caséeuse de l'adulte. *Presse Médicale*, 1949, *39*, 537.

10. Mattei, Mayer, Tristani et Barbe. — Protection pleurale par streptomycine et streptomycinothérapie associée au pneumothorax. *Presse Méd.*, 1950, *21*, 355.

2. Mitchell. — Etude statistique de 557 cas de pneumothorax artificiels créés entre les années 1930-1939 et revus en 1949. *Am. Rev. Tub.*, 1951, *1*, 1.

8. Tumminello (B.) et Rossini (C.). — Antibiotici e pleurite essudativa parapneumotoracia. *Minerva Medica*, 1953, n° 71, vol. 2.